



HAL
open science

**Perceptions et expériences des patients insuffisants
cardiaques chroniques concernant l'activité physique.
Une enquête qualitative en Auvergne**

Martial Bernard

► **To cite this version:**

Martial Bernard. Perceptions et expériences des patients insuffisants cardiaques chroniques concernant l'activité physique. Une enquête qualitative en Auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03116638

HAL Id: dumas-03116638

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116638>

Submitted on 20 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BERNARD Martial

Présentée et soutenue publiquement le 13 février 2020

PERCEPTIONS ET EXPERIENCES DES PATIENTS INSUFFISANTS
CARDIAQUES CHRONIQUES CONCERNANT L'ACTIVITE PHYSIQUE.
UNE ENQUÊTE QUALITATIVE EN AUVERGNE.

Directeur de thèse : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de conférences, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur TESSIERES Frédéric, Maître de conférences associé, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame D'AGROSA-BOITEUX Marie-Claire, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand (service de cardiologie)



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BERNARD Martial

Présentée et soutenue publiquement le 13 février 2020

PERCEPTIONS ET EXPERIENCES DES PATIENTS INSUFFISANTS
CARDIAQUES CHRONIQUES CONCERNANT L'ACTIVITE PHYSIQUE.
UNE ENQUÊTE QUALITATIVE EN AUVERGNE

Directeur de thèse : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de conférences, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur TESSIERES Frédéric, Maître de conférences associé, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame D'AGROSA-BOITEUX Marie-Claire, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand (service de cardiologie)



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis - M. JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-physiologie
M.	VERELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2^{ème} CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUVELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

Remerciements

A Monsieur le professeur Frédéric DUTHEIL

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci d'avoir accepté sans hésitation cette demande et merci pour vos conseils. La médecine du travail et la médecine générale sont souvent complémentaires. J'espère que vous vous retrouverez dans ce travail.

A mon directeur de thèse, Monsieur le professeur Philippe VORILHON

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse. Un grand merci pour votre gentillesse, votre disponibilité, votre aide et vos précieux conseils tout au long de ce travail. Merci également pour vos conseils délivrés lors de mes remplacements au sein de votre cabinet.

A Madame la Maître de conférences Hélène VAILLANT-ROUSSEL

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury.

A Madame le Docteur Marie-Claire D'AGROSA-BOITEUX

Ce travail correspond en partie à votre quotidien. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de me faire l'honneur de juger mon travail.

A Monsieur le Maître de conférences associé Frédéric TESSIERES

Te demander de participer à ce jury me semblait être une évidence. Merci de l'avoir accepté sans hésiter. Merci également de ton accueil, ta gentillesse, ta disponibilité et tes conseils tout au long de mon stage en autonomie, et même après durant mes remplacements. Je suis heureux et fier d'être ton futur associé.

A Marie,

Tout ce projet n'aurait aucun sens sans toi. Merci pour ta présence quotidienne, ton aide et ton soutien inconditionnel tout au long de ce travail.

A mes parents, à mon frère Frédéric et à ma sœur Carine

Je n'en serais pas là aujourd'hui sans vous. Merci.

A mes beaux-parents, Arlette et Serge

Merci pour votre soutien et votre aide tout au long de ce travail. Merci pour la place que vous m'avez faite à vos côtés.

A tous mes amis, de la maternelle à aujourd'hui

Une amitié indispensable à mes yeux. Merci pour tous ces moments passés ensemble, et pour ceux à venir.

A toutes les personnes rencontrées durant mon internat, personnel médical et paramédical

Merci d'avoir fait de mon internat trois années inoubliables.

A mes futurs associés du cabinet médical de Brioude, aux secrétaires Annie et Isabelle

Merci pour votre gentillesse, votre accueil et votre bienveillance. Je suis heureux de travailler prochainement à vos côtés.

Aux patients et médecins ayant participé à l'élaboration de ce travail

Merci pour votre gentillesse et pour le temps que vous m'avez consacré.

Sommaire

Liste des abréviations	11
Introduction	12
Méthodes	14
1. Type d'étude	14
2. Echantillon	14
3. Grille d'entretien	15
4. Recueil et analyse des données	15
Résultats	17
1. Une mauvaise connaissance de la maladie	20
2. Un manque de connaissances sur l'importance d'une APR	21
3. L'importance de l'entourage	23
4. Un manque de motivation	25
5. Des craintes liées à l'état de santé	26
Discussion	28
1. Principaux résultats	28
2. Comparaison avec les données de la littérature	29
3. Forces et limites de l'étude	30
4. Perspectives pour le soin et la recherche	31
Conclusion	32
Références bibliographiques	33
Annexes	36
1. Annexe 1 : Grille d'entretien initiale	36
2. Annexe 2 : Fiche d'informations et de consentement	38
Serment d'Hippocrate	39
Serment d'Hippocrate	40

Liste des abréviations

APR : Activité Physique Régulière

FEVG : Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche

ICC : Insuffisance Cardiaque Chronique

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

NYHA : New York Heart Association

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques

Introduction

L'insuffisance cardiaque chronique (ICC) est une pathologie sévère, dont la prévalence et l'incidence ne cessent d'augmenter, associée à une morbi-mortalité importante. Rare avant 50 ans, sa prévalence (estimée entre 1 et 2 % dans le monde occidental) et son incidence (estimée entre 5 et 10 pour mille nouveaux cas par an) augmentent progressivement avec l'âge (1, 2). Au Royaume-Uni par exemple, plus de 50 % des patients atteints ont plus de 75 ans (3). En France, une enquête réalisée en 2005 auprès des médecins généralistes (MG) a permis d'estimer une prévalence de l'ICC dans la population générale de 2.19 %, atteignant des valeurs de 11.9 % chez les patients de plus de 60 ans et 20 % chez les patients de 80 ans et plus (4). En moyenne, 50 à 75 % des patients chez qui est diagnostiquée une ICC décèdent dans les 5 ans suivant le diagnostique (5).

L'ICC entraîne des conséquences importantes chez les patients, tant au niveau physique que psychologique. Ils connaissent une réduction des capacités physiques, une faible tolérance à l'exercice avec un essoufflement au moindre effort et donc une perte d'autonomie vis-à-vis des activités de la vie quotidienne. Ces symptômes provoquent fréquemment une détresse croissante chez les patients et leur entourage, limitent les activités physiques et créent petit à petit un isolement social (5).

Le maintien d'une forme physique la meilleure possible est donc primordiale afin de permettre aux patients souffrant d'ICC de maintenir une qualité de vie satisfaisante. A côté des traitements médicamenteux (6), les mesures hygiéno-diététiques et notamment la pratique d'une activité physique régulière (APR) sont essentielles (7). La rééducation cardiaque permet une amélioration des capacités physiques et donc de la qualité de vie des patients. Elle a montré également une réduction du taux d'hospitalisation, de la morbidité et de la mortalité chez les patients insuffisants cardiaques chroniques. Une méta-analyse a montré que la

pratique d'une APR (quelle que soit sa fréquence, son intensité ou sa durée) permet un meilleur résultat au test de marche de 6 minutes (amélioration significative de 49.85 mètres en moyenne) et un meilleur score au questionnaire de qualité de vie « Minnesota Living with heart failure questionnaire » (diminution significative de 8.5 points en moyenne) (5, 8).

Plusieurs études ont mis en évidence que l'activité physique des patients insuffisants cardiaques chroniques est insuffisante (5, 9). Le but de notre étude était de déterminer les perceptions et expériences des patients atteints d'ICC concernant la pratique d'une APR.

Méthodes

1. Type d'étude

Afin de réaliser cette enquête, une méthode qualitative a été choisie, ceci afin de recueillir un maximum de données permettant de répondre à la problématique posée. Dans une démarche explicative, il s'agissait d'analyser quels pouvaient être les freins à la pratique d'une APR, mais également de déterminer des éléments de motivation. Le recueil des données s'est fait par des entretiens individuels semi-directifs, pour enregistrer les perceptions et expériences des patients à partir de leur vécu (10). Pour le rapport de l'étude, nous avons suivi les recommandations du *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* guidelines (11). Selon la loi Jardé, il n'y a pas lieu de demander un accord éthique pour ce type d'étude.

2. Echantillon

Les participants ont été recrutés par des MG choisis sur l'annuaire, en essayant d'avoir un maximum de variabilité dans les caractéristiques de ces médecins (sexe, âge, exercice en milieu rural ou urbain notamment). Ces MG ont été contactés par mail, par téléphone ou rencontrés en tête à tête afin de leur expliquer le but de l'étude et les caractéristiques des patients recherchés. Les patients étaient alors contactés par leur médecin traitant (MT) pour leur expliquer l'étude et leur demander s'ils étaient d'accord pour participer aux entretiens. Après accord de leur MT, les patients étaient contactés par téléphone afin d'organiser un rendez-vous pour réaliser l'entretien individuel.

Les critères d'inclusion étaient : patients insuffisants cardiaques chroniques, de tout âge, en capacité de pratiquer une APR. L'échantillonnage a été réalisé afin d'obtenir un maximum de variabilités sur les caractéristiques des patients : sexe, âge, habitat en milieu urbain ou

rural, catégorie socioprofessionnelle, fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG), ayant participé ou non à un programme d'éducation thérapeutique. Les patients stade 4 de la classification New York Heart Association (NYHA) étaient exclus.

3. Grille d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré à partir de discussions avec MG et patients (voir Annexe 1). Il a évolué au fur et à mesure de l'étude, avec notamment l'intégration de questions concernant l'entourage familial et social des patients ou encore leurs activités antérieures aux problèmes cardiaques. Il était constitué de questions ouvertes, avec des questions de relance prévues afin de stimuler le discours et les associations d'idées. Afin de stimuler la progression du récit, plusieurs stratégies d'intervention ont été utilisées : silences, reformulations, résumé...

4. Recueil et analyse des données

Tous les entretiens ont été réalisés au domicile du patient avec pour cinq d'entre eux la présence d'une tierce personne (conjoint ou conjointe principalement). L'investigateur était présenté comme « un étudiant en médecine réalisant une étude sur l'activité physique et les problèmes cardiaques ». Avant chaque entretien, une fiche d'informations expliquant les objets de l'étude, les conditions de confidentialité et d'anonymisation était remise et le consentement était signé par le patient (voir annexe 2). L'investigateur rappelait également qu'il s'agissait avant tout de recueillir le ressenti et le vécu du patient, et que par conséquent aucune réponse n'était mauvaise, afin de mettre le patient en confiance. L'entretien était alors réalisé et enregistré en intégralité à l'aide d'un dictaphone numérique. Les données

sociodémographiques et cliniques du patient étaient demandées afin de répondre aux critères d'inclusion.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits en intégralité avec anonymisation des noms propres. Les données non verbales n'étaient pas incorporées. Après retranscription, ces entretiens ont été analysés en utilisant une approche thématique selon la « Grounded theory » à des fins explicatives (12). Le matériel d'entrevue a été relu à plusieurs reprises après chaque transcription. Une analyse thématique a été réalisée. Les transcriptions ont été codées. Ces codes ont ensuite été regroupés en thèmes principaux pour construire la grille d'analyse. L'analyse a été faite de façon indépendante par deux personnes différentes (MB et PV). Les résultats ont été confrontés et mis en commun. En cas de divergence d'analyse, un troisième chercheur pouvait être consulté (HVR).

Résultats

Vingt-deux patients ont été recrutés par sept MG. Dix-neuf entretiens ont été réalisés entre le 17 septembre et le 29 novembre 2019, d'une durée allant de douze à quarante-six minutes (pour une moyenne d'environ vingt-trois minutes par entretien). Trois patients ont donc refusé de participer à cette étude pour diverses raisons (vacances prolongées à l'étranger, décès récent d'un proche ou encore intervention chirurgicale à venir). La saturation des données a été obtenue après seize entretiens. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer cette saturation des données. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 1, celles des MG ayant participé au recrutement des patients sont quant à elles présentées dans le tableau 2. Cinq thèmes ont émergé de l'analyse des entretiens.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon de patients.

	Sexe	Age	Etat civil	Niveau d'étude	Profession	Retraité	Rural/Urban	Année de découverte de la maladie	Suivi cardio	Participation à un programme d'ETP ou passage en centre de rééducation cardiaque	FEVG	NYHA
P1	M	54 ans	Marié	Baccalauréat	Cuisinier	Non	Rural	2016	Oui	Non	50 %	Stade 2
P2	F	75 ans	Mariée	Certificat d'étude (CE)	Assistante maternelle	Oui	Rural	2003	Oui	Non	30 %	Stade 2
P3	M	72 ans	Marié	CE	Commercial	Oui	Rural	2012	Oui	Non	52 %	Stade 3
P4	M	37 ans	Célibataire	BEP	Cariste	Non	Urbain	2019	Oui	Oui	54 %	Stade 1
P5	F	89 ans	Veuve	CE	Mère au foyer	Oui	Urbain	2018	Oui	Non	60 %	Stade 2
P6	F	59 ans	Mariée	CE	Secrétaire	Oui	Rural	2018	Oui	Oui	35 %	Stade 1
P7	F	77 ans	Veuve	CE	Serveuse	Oui	Rural	2001	Oui	Oui	50 %	Stade 1
P8	M	91 ans	Marié	Brevet	Technicien de laboratoire	Oui	Rural	2003	Oui	Non	45 %	Stade 3
P9	F	85 ans	Célibataire	CE	Agricultrice	Oui	Rural	2013	Oui	Non	60 %	Stade 3
P10	F	82 ans	Célibataire	BEP	Cadre	Oui	Rural	2019	Oui	Non	74 %	Stade 2
P11	M	83 ans	Marié	Brevet	Contrôleur	Oui	Urbain	2012	Oui	Non	40 %	Stade 2
P12	F	54 ans	Célibataire	Baccalauréat	Secrétaire médicale	Non	Rural	2016	Oui	Oui	60 %	Stade 1
P13	F	72 ans	Célibataire	CE	Manipulatrice radio	Oui	Rural	2006	Oui	Non	42 %	Stade 3
P14	M	85 ans	Veuf	CAP	Contrôleur	Oui	Urbain	2010	Oui	Non	50 %	Stade 2
P15	F	56 ans	Veuve	BEP	Auxiliaire de vie	Non	Urbain	2019	Oui	Oui	35 %	Stade 2
P16	M	82 ans	Marié	Pas d'études	Ouvrier	Oui	Rural	2014	Oui	Non	50 %	Stade 2
P17	M	78 ans	Marié	CE	Plombier/chauffagiste	Oui	Rural	2009	Oui	Non	47 %	Stade 2
P18	M	81 ans	Veuf	CAP	Tourneur fraiseur	Oui	Urbain	1986	Oui	Non	45 %	Stade 3
P19	F	79 ans	Veuve	CE	Couturière	Oui	Urbain	2019	Oui	Oui	35 %	Stade 2

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins généralistes ayant participé au recrutement des patients.

	Sexe	Age	Milieu d'exercice	Maitre de stage universitaire	Mode d'exercice
MG 1	F	40-50 ans	Urbain	Oui	En groupe
MG 2	M	40-50 ans	Urbain	Oui	En groupe
MG 3	F	30-40 ans	Urbain	Oui	En groupe
MG 4	M	> 50 ans	Rural	Oui	En groupe
MG 5	M	> 50 ans	Urbain	Oui	En groupe
MG 6	F	30-40 ans	Rural	Non	En groupe
MG 7	M	>50 ans	Rural	Oui	En groupe

1. Une mauvaise connaissance de la maladie

Durant la plupart des entretiens, le manque de connaissances des patients concernant leur problème cardiaque et l'ICC qui en résulte est un des éléments les plus marquants. La grande majorité des interviewés n'était effectivement pas en mesure d'expliquer, avec des mots simples, ce qu'est l'ICC. Les patients justifiaient ce manque de connaissances par le fait que cela ne les intéressait pas, ou encore par le fait que les professionnels de santé ne leur avaient pas fourni d'explications ou qu'elles étaient trop difficiles à retenir, avec des termes médicaux compliqués. La très grande majorité des patients n'avait pas fait de recherches concernant leur problème de santé, y compris chez ceux se plaignant du manque d'explications reçues.

« Après sur l'insuffisance cardiaque je n'en sais pas trop des masses non. » P4

« Alors je me repose complètement sur ma femme. Ca me va très bien. Je ne sais pas, j'ai un problème de... valve c'est ça ? [...] J'y vais, il me soigne, je ne pose pas trop de questions. Ce n'est pas que j'en ai peur hein, c'est que ça ne m'intéresse pas. C'est des noms que je ne retiens pas. Voilà c'est tout, le médecin est très facile d'accès sinon. » P1

« Ma cardiologue est bien sympathique, elle est bien aimable, il n'y a aucun soucis. Mais voilà, si on ne demande rien, on ne sait rien. » P2

« Je n'ai pas internet de toutes façons. Non, je n'ai rien recherché de particulier. » P9

La moitié des participants ne considérait pas leur ICC comme une maladie grave, malgré la description de symptômes gênants dans leur vie quotidienne. Quelques uns d'entre eux ne faisaient d'ailleurs pas le lien entre leur dyspnée et leur pathologie. D'autres exprimaient le fait que ce manque de connaissances pouvait être un frein pour les règles hygiéno-diététiques (RHD).

« Quand je marche, je suis obligée un peu de m'arrêter. [...] Non, pour moi, ce n'est pas quelque chose de grave, je ne m'inquiète pas du tout. [...] J'ai grossi de dix kilos en vingt ans. Peut-être que c'est ça qui entraîne cet essoufflement. [...] Mais je n'y attache aucune importance particulière. » P10

« Quand je marche et que ça monte, je suis un peu essoufflé. Je ne sais pas si c'est le cœur... Je suis obligé de m'arrêter tous les vingt ou trente mètres. » P8

2. Un manque de connaissances sur l'importance d'une APR

La moitié des patients ne percevait pas l'activité physique comme un élément bénéfique pour la prise en charge de leur ICC. L'importance du traitement, le régime alimentaire, l'absence de consommation d'alcool ou de tabac étaient davantage repérés comme bénéfiques. Des patients expliquaient que les symptômes de l'ICC (dyspnée et asthénie principalement) représentaient une gêne pour pratiquer une APR et donc qu'ils ne se forçaient pas pour en faire. En revanche, tous les patients stade 1 de la classification NYHA déclaraient pratiquer une activité physique régulière et n'étaient pas limités.

« Alors est-ce que je n'y crois pas, que marcher va me faire du bien ? [...] J'avais des parents qui ne faisaient pas de sport du tout. Par contre mon père a fait un régime extraordinaire à une époque où il a failli avoir un gros problème avec la vésicule. Et il était impeccable. Parce que bon il avait 93 ou 94 ans. » P3

« Ah oui ! Oui parce qu'il dit dans mon dossier que comme je bois toujours l'apéritif... Il appelle ça des toxiques ou je ne sais plus. Donc il m'a dit que ce serait bien d'arrêter. » P1

« Ah ben c'est sûr qu'essoufflé comme ça, je ne vais pas m'embêter à monter dans les bois là comme ça. Ni même à faire autre chose. Même le jardin cette année je n'en ai pas fait énormément. » P17

La moitié des interviewés expliquaient cependant que ni leur MG, ni leur cardiologue ne leur avait conseillé de pratiquer une APR. Quelques uns admettaient même qu'ils pourraient faire plus d'activité si cela leur était recommandé régulièrement.

« Non, il ne m'a pas parlé de physique non. Il a juste fait un constat technique. [...] Vous savez ils sont un petit peu surbookés là. On n'a pas pu discuter comme avec vous. Enfin il a fait le job quand même, je suis restée un moment. » P10

« Du vélo d'appartement ? Ah ce serait possible ça ? Et ça fait le même effet que le vélo ? [...] Oui c'est faisable, ça pourrait me plaire. » P13

Les patients qui avaient bénéficié d'un séjour en centre de rééducation cardiaque étaient davantage sensibilisés à l'importance de la pratique d'une APR. Les conseils donnés sur la poursuite de l'activité au domicile et l'aspect rassurant d'une rééducation encadré par des professionnels de santé étaient également mis en avant.

« J'y vais au moins trois fois par semaine. Ils m'ont dit que c'était une base, des séances d'une demi-heure minimum, sans aller trop dans l'excès. Dès que je ne peux pas y aller, j'y vais un autre jour. Faire de la marche. Le vélo c'est bien, pour le cardio ça fait du bien, c'est ce qu'ils m'ont dit. Donc je vais en faire en salle. Je me suis inscrit à la salle de sport c'est pas mal. » P4

« En rééducation, ils m'ont fait faire du vélo, du sport. C'est vrai que ça m'a fait du bien. [...] La marche j'en faisais mais bon le vélo, je n'en faisais jamais. Et c'est pour ça que j'ai

acheté un vélo d'appartement, et j'en fais tous les jours, les après-midis. Et le matin je marche. » P6

Une petite partie de ces patients évoquait également l'orientation vers des structures pouvant proposer des activités physiques, même si la coordination et la qualité de l'offre restaient à améliorer.

3. L'importance de l'entourage

Des patients évoquaient le manque de relation ou la solitude comme motif d'une absence de motivation pour participer à des activités collectives. Particulièrement pour ceux vivant en milieu rural, les difficultés de déplacement, la gêne de déranger régulièrement son entourage étaient mis en avant, ne serait-ce que pour pratiquer une activité simple comme la marche. L'isolement social et familial constituait de ce fait un frein important.

« Ah oui, par exemple si j'étais inscrite à la salle de sport. J'aimerais beaucoup ça. [...] Mais ça fait loin, je ne peux pas y aller. [...] Je n'ai pas le permis. [...] Mes filles ne peuvent pas venir me chercher le soir. Quand elles ont fini la journée, elles ont leurs enfants, elles ont leur vie. Je ne vais pas les accabler tout le temps. » P15

« Il n'y a pas longtemps que nous sommes ici. On ne connaît encore pas énormément de gens pour faire une activité avec eux. C'est vrai que c'est plus compliqué de débiter une activité quand on est seul. » P2

La majorité des participants reconnaissait que leur entourage était une source de motivation, par exemple en leur permettant de se déplacer plus facilement. La présence d'un animal de compagnie (les chiens principalement) était parfois décrite comme stimulante à la pratique de la marche.

« Je devrais faire un petit tour comme ça tous les jours, mais je ne le fais jamais. [...] Je l'ai fait deux fois parce que mes enfants étaient là, ils m'ont dit qu'il fallait que je marche. [...] J'ai un fils qui va venir habiter près de chez moi, il marche énormément avec son épouse. Peut-être que je vais marcher un peu plus. Je ne pourrai pas les suivre mais quand ils sont là c'est vrai que je sors plus. On va en ville ensemble. Je pars avec eux. Mais tout seul... » P14

« Je ne fais pas de la grosse marche, mais enfin une petite promenade avec ma chienne. J'y vais tous les jours. Elle demande, c'est elle qui me guide finalement. [...] Il faut bien une demi-heure. A chaque fois, parce que je la sors deux à trois fois par jour. » P19

L'entourage pouvait cependant parfois constituer un frein. Quelques interviewés évoquaient effectivement le côté « surprotecteur » de leur entourage, qu'il soit professionnel ou familial. L'attitude du conjoint était évoquée comme un frein puissant à la pratique d'une activité physique.

« On m'a un peu préservé au boulot, du problème cardiaque, du problème des genoux. En fait, avant on sortait des caisses d'assiettes, il fallait ranger. Les jeunes qui étaient avec moi sont sympas donc ils me disaient « non non tu ne le fais pas » [...] Les choses un peu compliquées où il fallait monter, descendre, on ne m'a pas envoyé sur ces trucs là. » P1

« Ma femme ne veut pas que j'aille à la pêche tout seul car elle est très anxieuse de nature et elle a peur que je fasse un malaise. Alors c'est vrai qu'il faut toujours demander à quelqu'un, c'est pénible. Alors comme je suis très télé, je regarde beaucoup. » P3

4. Un manque de motivation

L'« absence de plaisir », la « fainéantise », le « manque de courage » étaient les termes employés pour justifier le manque de motivation de certains patients. Les habitudes avant les problèmes cardiaques étaient également évoquées et confirmaient que les patients actifs antérieurement continuaient à l'être et inversement. Les quelques patients devenus plus actifs étaient ceux qui avaient fait un séjour en centre de rééducation. Chez quelques personnes interrogées, les conditions climatiques étaient mises en avant pour justifier une baisse de leur activité en fonction des années, notamment les périodes de sécheresse pouvant rendre la pêche en rivière compliquée. Pour d'autres, le manque de temps du fait de leur activité professionnelle représentait le principal obstacle à la pratique d'une APR. Pour un participant, l'aspect financier était évoqué pour justifier l'absence d'activités en association.

« Ah ben de la marche je ne suis pas un fan. [...] J'en avais un vélo d'appartement, mais je n'avançais pas sur le vélo alors je ne voyais pas pourquoi en faire. [...] Mais je sais, je suis fainéant sûrement. » P14

« On a toujours fait de la randonnée. On partait la journée entière avec des sacs à dos. On a toujours fait ça. Donc moi je trouve que ça m'aide bien parce que je monte bien. » P2

« Je vais beaucoup à la pêche. [...] La rivière, des années comme celle-là ça a été l'hécatombe. » P17

« Si je ne fais pas de sport, c'est parce que je n'ai pas le temps. Enfin je ne prends pas le temps. [...] Mais honnêtement en semaine, partir avec mon vélo, ce n'est pas possible. En ce moment je ne peux pas. [...] Des fois on fait des journées de dix-huit heures. [...] Et puis je n'ai pas des jours de congés fixes aussi, mes horaires ne sont pas forcément fixes non plus. Je

peux très bien travailler un soir puis moins un autre. Donc après c'est pareil, on se dit voilà le lundi soir c'est telle activité ce serait compliqué. » P1

5. Des craintes liées à l'état de santé

Chez quelques patients, une certaine appréhension quant à la pratique d'une activité physique était décrite suite à la découverte de leurs problèmes cardiaques. Cette idée était parfois même évoquée par certains professionnels de santé lorsqu'ils discutaient avec eux. Un patient a évoqué la peur de détériorer son défibrillateur implantable lors de la pratique d'une activité à risque de traumatisme. Dans de rares cas, plus souvent chez des personnes plus âgées, la crainte de se faire mal en pratiquant une activité était également mentionnée.

« Je n'arrive pas à marcher beaucoup vous voyez, à aller loin. Je ne sais pas. Est-ce que j'ai peur ? Je pense que sans m'en rendre compte oui. J'ai une voisine pas très loin que j'aime bien, et ben j'appréhende d'aller chez elle. » P5

« Ils m'ont dit (en centre de rééducation) que la chose qui m'avait permis de bien récupérer c'est que je n'avais pas peur. Parce qu'il y a beaucoup de personnes qui se mettent des limites, vu qu'ils savent que c'est le cœur, ils ne veulent pas aller trop fort au sport parce qu'ils ont peur notamment de faire un arrêt cardiaque ou autre chose. » P4

« Alors je l'ai depuis 2009 mon défibrillateur. [...] On m'a dit « surtout aucun choc ». Parce que j'aimais bien faire du vélo. On m'a dit d'aller tout de suite à l'hôpital si j'ai un choc. Et ça je fais très attention vous voyez. » P7

« J'en ai un vélo mais je n'ose plus. J'ai peur de me casser quelques chose, alors je fais plus de vélo. » P10

La présence de pathologies associées n'empêchant à priori pas de pratiquer une APR était quelques fois évoquée par certains patients pour justifier l'absence d'activité. Des pathologies pulmonaires entraînaient notamment une confusion entre les symptômes d'origine cardiaque et ceux d'origine respiratoire. Des comorbidités ont été citées comme rédhibitoires en raison de leur caractère menaçant comme une insuffisance rénale, un cancer de prostate ou une atteinte pulmonaire. Le handicap physique lié à l'arthrose ou un état dépressif sévère paraissait également trop contraignant. Quelques fois, la pathologie cardiaque passait même au second plan. Pour d'autres, les effets secondaires de leur traitement rendaient la pratique d'activités difficile.

« Le genou par exemple, j'ai un épanchement de synovie. C'est tout nouveau. Ça me gêne énormément. [...] Mon problème, il est rénal. Ça s'aggrave, donc le cœur c'est un peu secondaire pour moi. » P10

« Et puis il y a eu le décès de mon fils... Moi je pense qu'il y a plus de déprime que de problèmes cardiaques. [...] Je n'ai plus d'envie depuis le décès de mon fils. C'est de pire en pire, je me renferme. [...] Et puis en plus j'ai une rectocolite hémorragique. Alors ça m'embête beaucoup parce que j'ai peur que ça me prenne n'importe où. Donc ça n'arrange pas les choses. Je suis coincée chez moi. » P13

« J'ai aussi un cancer de la prostate. Je suis soigné actuellement par hormonothérapie. Et ça rend les os fragiles, si bien que je suis allé voir le rhumatologue et je vais avoir un traitement pour arrêter ça. [...] Je vais à la chasse. Quand je peux puisque je me suis cassé le poignet. Maintenant je me méfie parce que j'ai peur de me recasser autre chose. » P18

Discussion

1. Principaux résultats

L'étude met en évidence un certain nombre de freins à la pratique d'une APR chez les patients insuffisants cardiaques chroniques. L'un des principaux est le manque de connaissances concernant leur pathologie et les bénéfices d'une APR sur leur qualité et leur espérance de vie. Pour les participants, les bienfaits de l'activité physique ne leur ont pas vraiment été expliqués lors des consultations. Le manque d'envie et de plaisir est également un frein important évoqué par de nombreux patients. Ainsi, il apparaît difficile aux personnes n'ayant pas l'habitude de pratiquer une activité sportive de changer leurs habitudes suite à la survenue de leur problème cardiaque. Les centres de rééducation cardiaque leur semblent être un élément motivationnel. Ces patients sont plus sensibilisés à l'importance de l'activité physique et plus enclins à s'y adonner dans leur quotidien, y compris pour ceux qui étaient peu actifs.

L'isolement est un frein puissant à la pratique d'une APR. L'entourage familial et social des participants, avoir un animal de compagnie jouent un rôle important. Tout un réseau s'organise permettant de motiver le patient. Parfois, à contrario, la famille, particulièrement le conjoint, surprotège le patient atteint par crainte d'évolution de la maladie.

La présence de pathologies associées rendent la pratique d'une APR compliquée, pouvant faire passer l'ICC au second plan. La peur de se faire mal, de faire un malaise ou les symptômes de l'insuffisance cardiaque ont été décrits par les interviewés comme des facteurs limitants. Les patients stade 1 de la classification NYHA pratiquent le plus d'activités du fait de l'absence de limites physiques.

2. Comparaison avec les données de la littérature

Des études similaires ont été retrouvées dans la littérature, mais à notre connaissance aucune étude n'a été conduite auprès de patients français. Une enquête qualitative aux Etats-Unis a également retrouvé le manque de connaissances des patients sur leur pathologie et le défaut d'informations données par les médecins, la peur et le manque de motivation (13). Une revue de la littérature d'enquêtes qualitatives a également montré l'importance de l'entourage familial et social et du niveau d'activité initial (14). Cet apport du réseau social et du soutien professionnel a également été mis en évidence comme facteur favorisant l'auto-soins dans deux méta-analyses d'enquêtes qualitatives (15, 16). Les limites représentées par les comorbidités associées, les symptômes liés à l'ICC (asthénie et dyspnée notamment) et le manque de bénéfices perçus étaient évoqués comme des freins à la pratique d'une APR (17).

Une étude transversale suédoise a recherché les freins à la pratique d'une APR auprès de 154 patients insuffisants cardiaques (18). Les femmes déclaraient être plus motivées que les hommes mais le niveau d'activité des deux sexes était semblable. Le niveau d'étude, la motivation, le manque de temps, la peur de se blesser, l'encouragement de l'entourage étaient considérés comme des facteurs influents sur l'activité physique.

Pour les patients de notre étude, le séjour en centre de réhabilitation cardiaque représente une motivation pour une APR. Cela se vérifie également à travers d'autres études (19), probablement du fait des programmes spécifiques à chaque patient, à répéter dans son quotidien, mais également des séances d'éducation thérapeutique dispensées dans ces centres (20). Les facteurs personnels comme l'âge, le genre, le statut socio-économique ou le niveau d'études sont des éléments importants qui restent encore à préciser pour définir des guides d'intervention auprès des patients (21).

3. Forces et limites de l'étude

L'activité physique chez les patients insuffisants cardiaque chroniques a été peu étudiée en France. Une méthode qualitative semblait adaptée pour explorer le vécu et le comportement des patients. Les entretiens individuels semi-directionnels permettaient la productivité du discours, et ont ainsi permis le recueil d'un nombre de données important. La variabilité des caractéristiques des personnes interrogées avait pour objectif d'augmenter la portée des données récoltées. Le recrutement des patients a cependant eu lieu sur une zone géographique limitée de trois départements (Haute-Loire, Cantal et Puy-de-Dôme), dans des milieux ruraux et urbains. Un biais de sélection peut exister du fait du choix des patients interrogés par leur MG, qui ont pu s'orienter vers des patients plutôt éloquents dans le but de faciliter le travail du chercheur. Les données restent de ce fait difficilement extrapolables à l'ensemble des patients insuffisants cardiaques français.

Un ou plusieurs entretiens par *focus group* auraient peut-être permis de faire émerger d'autres idées. Des difficultés d'organisation n'ont pas permis leur réalisation. Cependant, la sélection minutieuse d'un panel varié de patients a augmenté la validité externe de l'étude et a permis d'obtenir un large spectre de données et une saturation des données.

La totalité des entretiens a été réalisée au domicile des patients, ce qui leur permettait d'être plus à l'aise et d'avoir un discours plus productif. La réalisation des entretiens par un chercheur formé à la recherche qualitative mais peu expérimenté peut être considérée comme une limite à l'étude. Les entretiens ont été intégralement retranscrits par la personne les ayant réalisés. L'analyse a par contre été réalisée de façon indépendante par cette même personne et par un enquêteur plus expérimenté, afin d'augmenter la validité interne de l'étude. La triangulation des données, qui permet de limiter les interprétations personnelles, et la validation des données par 18 des 19 participants (une seule patiente n'a pu valider les données car elle était hospitalisée et non joignable) augmentent la validité interne de l'enquête.

4. Perspectives pour le soin et la recherche

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique qui s'accompagne souvent de comorbidités. Elle demande des changements et des adaptations au quotidien. Les nombreuses limitations à l'exercice d'une APR rapportées par les patients suggèrent qu'il convient, après leur avoir apporté une nécessaire information, de développer l'éducation thérapeutique (22) et de promouvoir des compétences d'auto-soins (23, 24). Ceci doit se faire dans une optique « centrée patient », en collaboration avec le cardiologue et les infirmières d'éducation thérapeutique (25).

A partir des données de l'étude, un auto-questionnaire pourrait être construit pour une étude auprès des patients inclus dans le réseau d'insuffisance cardiaque afin de mener une enquête quantitative.

Conclusion

Notre étude permet de comprendre l'insuffisance d'activité physique chez les patients insuffisants cardiaques chroniques. Le manque de connaissances concernant leur insuffisance cardiaque, le peu d'envie ou de plaisir à s'adonner à une APR, la présence de pathologies associées ou les symptômes de l'insuffisance cardiaque représentent un frein à la pratique d'une APR. L'entourage familial et social, un animal de compagnie et la réadaptation cardiaque en centre de rééducation représentent des éléments motivant les patients. Le rôle des MG et des cardiologues est primordial pour expliquer aux patients et à leurs proches leur pathologie et les bienfaits d'une APR.

Clermont-Ferrand, le 20/01/20
Pierre CAVELOU
Doyen-Directeur



Clermont-Ferrand, le 13.01.2020
Le président du jury
F. Durheil



Références bibliographiques

1. Mosterd, Arend, et Arno W Hoes. « Clinical epidemiology of heart failure ». *Heart* 93, n° 9 (septembre 2007): 1137-46. <https://doi.org/10.1136/hrt.2003.025270>.
2. Tanai, Edit, et Stefan Frantz. « Pathophysiology of Heart Failure ». *Comprehensive Physiology* 6, n° 1 (15 décembre 2015): 187-214. <https://doi.org/10.1002/cphy.c140055>.
3. « Heart Failure ». *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)* 29, n° 15 (15 décembre 2014): 18. <https://doi.org/10.7748/ns.29.15.18.s25>.
4. Saudubray, T., C. Saudubray, C. Viboud, G. Jondeau, A. -J. Valleron, A. Flahault, et T. Hanslik. « Prévalence et prise en charge de l'insuffisance cardiaque en France : enquête nationale auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles ». *La Revue de Médecine Interne* 26, n° 11 (1 novembre 2005): 845-50. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2005.04.038>.
5. Palmer, Katie, Kelly-Ann Bowles, Michelle Paton, Megan Jepson, et Rebecca Lane. « Chronic Heart Failure and Exercise Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 99, n° 12 (décembre 2018): 2570-82. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.03.015>.
6. Ponikowski, Piotr, Adriaan A. Voors, Stefan D. Anker, Héctor Bueno, John G. F. Cleland, Andrew J. S. Coats, Volkmar Falk, et al. « 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the Special Contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC ». *European Heart Journal* 37, n° 27 (14 juillet 2016): 2129-2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>.
7. McMahan, Sean R., Philip A. Ades, et Paul D. Thompson. « The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease ». *Trends in cardiovascular medicine* 27, n° 6 (août 2017): 420-25. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.02.005>.
8. Bilbao, Amaia, Antonio Escobar, Lidia García-Perez, Gemma Navarro, et Raul Quirós. « The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures ». *Health and Quality of Life Outcomes* 14 (17 février 2016). <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0425-7>.
9. Klompstra, Leonie, Tiny Jaarsma, et Anna Strömberg. « Exergaming to increase the exercise capacity and daily physical activity in heart failure patients: a pilot study ». *BMC Geriatrics* 14, n° 1 (18 novembre 2014): 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-119>.
10. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *British Medical Journal* 1995;311:251-3.

11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007;19:349-57.
12. Paillé P, Muchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin. [cité 28 déc 2015]
13. Albert, Nancy M., Jennifer Forney, Ellen Slifcak, et Jeanne Sorrell. « Understanding Physical Activity and Exercise Behaviors in Patients with Heart Failure ». *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care* 44, n° 1 (1 janvier 2015): 2-8. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.08.006>.
14. Tierney S, Mamas M, Skelton D, Woods S, Rutter MK, Gibson M, Neyses L, Deaton C. What can we learn from patients with heart failure about exercise adherence? A systematic review of qualitative papers. *Health Psychol.* 2011 Jul;30(4):401-10.
15. Strachan PH, Currie K, Harkness K, Spaling M, Clark AM. Context matters in heart failure self-care: a qualitative systematic review. *J CardFail.* 2014 Jun;20(6):448-55.
16. Herber OR, Bücker B, Metzendorf MI, Barroso J. A qualitative meta-summary using Sandelowski and Barroso's method for integrating qualitative research to explore barriers and facilitators to self-care in heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2017 Dec;16(8):662-677.
17. Tierney, Stephanie, Heather Elwers, Chandbi Sange, Mamas Mamas, Martin K. Rutter, Martin Gibson, Ludwig Neyses, et Christi Deaton. « What Influences Physical Activity in People with Heart Failure? A Qualitative Study ». *International Journal of Nursing Studies* 48, n° 10 (1 octobre 2011): 1234-43. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.03.003>.
18. Klompstra, Leonie, Tiny Jaarsma, et Anna Strömberg. « Physical Activity in Patients with Heart Failure: Barriers and Motivations with Special Focus on Sex Differences ». *Patient Preference and Adherence* 9 (2015): 1603-10. <https://doi.org/10.2147/PPA.S90942>.
19. Anderson L, Sharp GA, Norton RJ, Dalal H, Dean SG, Jolly K, Cowie A, Zawada A, Taylor RS. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *CochraneDatabase Syst Rev.* 2017 Jun 30;6:CD007130.
20. Meng K, Musekamp G, Schuler M, Seekatz B, Glatz J, Karger G, Kiwus U, Knoglinger E, Schubmann R, Westphal R, Faller H. The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. *Patient Educ Couns.* 2016 Jul;99(7):1190-1197.
21. Siabani S, Leeder SR, Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. *Springerplus.* 2013 Jul 16;2:320. doi: 10.1186/2193-1801-2-320. eCollection 2013.

22. Albano MG, Jourdain P, De Andrade V, Domenke A, Desnos M, d'Ivernois JF. Therapeutic patient education in heart failure: do studies provide sufficient information about the educational programme? *Arch Cardiovasc Dis.* 2014 May;107(5):328-39.
23. Riegel B, Jaarsma T, Lee CS, Strömberg A. Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *ANS Adv Nurs Sci.* 2019 Jul/Sep;42(3):206-215.
24. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A. Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: a Literature Update. *Curr Heart Fail Rep.* 2017 Apr;14(2):71-77.
25. Currie K, Strachan PH, Spaling M, Harkness K, Barber D, Clark AM. The importance of interactions between patients and healthcare professionals for heart failure self-care: A systematic review of qualitative research into patient perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015 Dec;14(6):525-35.

Annexes

1. Annexe 1 : Grille d'entretien initiale

1) L'impact de la pathologie sur le patient

- Racontez-moi votre hospitalisation pour insuffisance cardiaque, qu'avez-vous ressenti de votre état de santé ?
- Pensez-vous que ce soit une pathologie grave ? Si oui, pourquoi ?
- Quelles répercussions l'insuffisance cardiaque a-t-elle sur votre vie quotidienne ? Quelles différences faites-vous par rapport à votre vie d'avant ? Qu'avez-vous changé dans votre manière de vivre ?
- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait vous aider à améliorer cette gêne ressentie ?

2) La connaissance de l'insuffisance cardiaque par le patient lui-même

- Que savez-vous au sujet de votre problème cardiaque ? Pour vous, qu'est-ce que l'insuffisance cardiaque ?
- Lors de l'annonce de votre maladie du cœur, que vous a-t-on expliqué ?
- Avez-vous recherché d'autres informations de manière personnelle ? Si oui, par quels moyens et qu'avez-vous appris de complémentaire ?
- Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec votre cardiologue ? Et avec votre médecin traitant ? Quelles recommandations vous ont-ils fait par rapport à votre maladie ? Que vous ont-il dit de changer éventuellement dans votre vie de tous les

jours ? (Question de relance : vous ont-ils conseillé d'avoir une activité physique régulière ?)

3) L'activité physique

- Parlez-moi de votre vie de tous les jours, pouvez-vous me décrire votre activité physique dans la journée ? Quels sont vos passe-temps favoris ? (question de relance : chasse ? pêche ? jardinage ? bricolage ? travaux de ménage ?)
- Pensez-vous que l'activité physique soit bénéfique à votre cœur ? Pourquoi ?
- Pensez-vous pouvoir faire plus que ce que vous faites actuellement ? Si non, expliquez-moi ce qui vous en empêche. Si oui, qu'aimeriez vous faire et comment ?

2. Annexe 2 : Fiche d'informations et de consentement

« Etude exploratrice de l'activité physique chez les patients insuffisants cardiaques chroniques »

Martial BERNARD, étudiant en médecine

L'objectif de l'étude : Cette étude a pour but de mettre en avant les difficultés rencontrées par les patients insuffisants cardiaques à pratiquer une activité physique régulière.

Votre participation consiste à prendre part à un entretien, en tant que patient (e) ayant une insuffisance cardiaque. Cet entretien, d'une durée d'environ 30 minutes, sera mené par moi-même et enregistré avec un dictaphone.

En vous remerciant grandement pour votre participation à ce travail de recherche et en restant à votre disposition pour toutes informations,

Martial BERNARD

Je soussigné (e).....

Né(e) le

Atteste avoir lu la fiche d'information et accepte de participer à cette étude.

Le.....

Signature

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Perceptions et expériences des patients insuffisants cardiaques chroniques concernant l'activité physique. Une enquête qualitative en Auvergne.

Résumé :

CONTEXTE : La pratique d'une activité physique régulière (APR) est bénéfique chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique (ICC), sur leur qualité et leur espérance de vie. Elle est cependant insuffisante chez beaucoup de patients.

OBJECTIF : Déterminer les perceptions et expériences des patients atteints d'ICC concernant la pratique d'une APR.

METHODE : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Les patients ICC (stade 1 à 3 sur la classification NYHA), en mesure de pratiquer une APR ont été recrutés par leur médecin généraliste (MG). Les entretiens ont eu lieu jusqu'à saturation des données. Une analyse thématique a été réalisée par deux chercheurs.

RESULTATS : 19 entretiens ont été menés et 5 thèmes ont émergé. La mauvaise connaissance de la maladie et des bienfaits d'une pratique régulière d'une activité physique, le manque d'envie ou de plaisir lié notamment à l'absence d'habitude antérieure étaient considérés comme des freins importants. La peur liée à l'ICC ou aux autres comorbidités constituaient également un obstacle. Le séjour en centre de rééducation, l'entourage familial et social et avoir un animal de compagnie paraissaient bénéfiques. L'entourage était important pour les motiver à pratiquer une activité mais pouvait parfois aussi être un frein avec un côté surprotecteur.

CONCLUSION : Cette étude a permis de mettre en évidence les difficultés des patients ICC pour une pratique régulière de l'activité physique. Malgré les limites exposées, il existe des éléments favorables que les MG peuvent mettre en avant pour motiver ces patients, en premier lieu leur expliquer leur maladie et les symptômes.

Mots-clés :

- Insuffisance cardiaque chronique
- Activité physique
- Recherche qualitative
- Entretiens individuels
- Médecin généraliste